Zur

Pathologie und Therapie

der

Haematocele retrouterina.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

medicinischen Fakultät zu München

unter dem Präsidium

des

Herrn Professor Dr. O. Bollinger

vorgelegt von

Georg Weigand

approb. Arzt aus Würzburg.

München, 1883.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr C. Wolf & Sohn.

Zur

Pathologie und Therapie

der

Haematocele retrouterina.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

medicinischen Fakultät zu München

unter dem Präsidium

des

Herrn Professor Dr. O. Bollinger

vorgelegt von

Georg Weigand

approb. Arzt aus Würzburg.

München, 1883.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554602_0207

Die eigentliche Kenntniss der Haematocele retrouterina — einer abnormen Blutansammlung hinter dem Uterus — entweder im Douglas'schen Raume intraperitoneal oder in den seltensten Fällen retroperitoneal — verdanken wir Nélaton. Allerdings wurde schon früher (1831) von Récamier eine hinter dem Uterus gelegene Geschwulst beschrieben, die Blut enthielt, jedoch rührt die erste exakte Beschreibung der Haematocele retrouterina von Nélaton her, der 1851 seine Beobachtungen über dieselbe durch einen seiner Schüler, Viguès, veröffentlichen liess und einige Jahre später selbst eine grössere Monographie darüber abfasste; er sowohl wie seine Schüler verstanden unter Haematocele retrouterina nur die intraperitoneale Blutung. In früheren Zeiten war die Affektion abgesehen von einzelnen Sektionsberichten aus dem Anfang dieses Jahrhunderts, in denen „Blutcysten" hinter dem Uterus erwähnt sind, unbekannt; als literarische Kuriosität mag hier nur eine Bemerkung Voisin's Platz finden, der angibt, er habe bei Hippokrates bereits eine Beschreibung einer unserer Haematocele ganz ähnlichen Blutgeschwulst gefunden. Hippokrates bemerkt dabei, die Eröffnung derselben sei für die Patienten Gefahr bringend (cf. unter Therapie).

Seit Nélaton's und seiner Schüler Arbeiten haben sowohl die Kasuistik, als auch die Untersuchungen und Beobachtungen über Aetiologie und Wesen unserer Affektion einen bedeutenden Umfang gewonnen; die besten neueren Arbeiten

darüber rühren von Olshausen, Schröder und Fritsch her, während um die pathologisch-anatomische Erforschung sich besonders Virchow verdient gemacht hat.

Was verstehen wir unter einer intraperitonealen Haematocele retrouterina? Einen hinter dem Uterus im Douglas'schen Raume befindlichen, auf die umgebenden Organe — Uterus und Rectum namentlich, in zweiter Linie auf die Blase — mehr oder weniger Pression ausübenden Tumor, dessen Inhalt je nach der Dauer seines Bestehens aus flüssigem, ein gedicktem oder völlig coagulirtem Blute besteht, und der demnach fluktuirend, prall-elastisch oder hart anzufühlen ist.

Aus dieser Definition ergibt sich bereits mit völliger Klarheit, dass die Haematocele retrouterina keine freie Blutung im Douglas'schen Raume sein kann, da diese ebenso wenig wie freie hydropische Flüssigkeit im Cavum Douglasi per vaginam als Tumor imponiren könnte, sondern sich, dem Drucke der Beckenorgane weichend, nach oben und vorne ergiessen würde, dass sie vielmehr eine in dem abgeschlossenen Douglas stattgehabte Blutung sein muss, sei es, dass dieser Abschluss primär vorhanden war als alte peritonitische Pseudomembran, sei es, dass er sich sekundär bildete, entweder durch Verklebung der über dem Bluterguss schwimmenden Darmschlingen untereinander und mit den Rändern des Cavum Douglasii, oder als peritonitische Membran, die sich auf den durch die Blutmasse gesetzten mechanischen Reiz bildete (Schröder). Gewiss könnten ja einmalige freie Blutungen ins Cavum Douglasii dortselbst coaguliren, einen peritonitischen Entzündungsreiz ausüben und dann abgekapselt werden, doch würde einem solchen Tumor das bedeutendste Charakteristicum der Haematocele retrouterina fehlen. Es würde sich nie, was die Haematocele retrouterina stets thut, als praller, Rectum und Uterus dislocirender Tumor darstellen, der Druck, den er auf die Nachbarorgane ausüben würde, würde ja stets dem normal im Cavum Douglasii vorhandenen

gleich sein und höchstens durch die wechselnde Füllung der Beckenorgane — Rectum und Blase — gesteigert, resp. vermindert werden können. Eine solche Dislocation der beiden Organe könnte nur dann stattfinden, wenn eine in dem abgekapselten Raume stattfindende frische Blutung den in demselben herrschenden Druck bedeutend steigerte.

Natürlich kann, was ja kaum mehr bemerkt werden darf, jeder eitrige, seröse oder hämorrhagische Erguss in den abgekapselten Douglas'schen Raum ein unserer Affektion ganz ähnliches Bild hervorbringen, wie denn überhaupt die Differential-Diagnose zwischen fertigem Exsudat und fertiger Haematocele retrouterina in den meisten Fällen sehr schwer zu stellen ist. Beide Erkrankungen gehen mit einem Symptomkomplex einher, der nicht specifisch ist, sondern nur auf einen Tumor im kleinen Becken deutet, also einfach mechanisch durch den Druck des Tumor auf die umgebenden Organe, Nerven etc. gesetzt wird: erschwerter Stuhl und erschwertes Uriniren, Schmerzen im Abdomen, die oft infolge des Druckes auf den Plexus sacralis in's Bein ausstrahlen, Drängen nach unten etc. Die äussere Untersuchung durch Palpation und Perkussion ergibt bei beiden Erkrankungen meist negative Resultate wegen der bedeutenden Druckschmerzhaftigkeit des Abdomens; die innere Untersuchung ergibt — wie erwähnt — ganz ähnliche Bilder; es erleichtert nur die Anamnese die Diagnose, ja sie macht sie oft allein möglich. Von einzelnen Autoren wird als charakteristisch für Haematocele retrouterina die plötzliche Cession der Menses angeführt, die beim Exsudat nur unregelmässig seien, ferner die plötzlich eintretenden Schmerzen, die plötzliche Anämie bei Haematocele etc. Alle diese Symptome sind jedoch von geringem Belange; das Massgebende ist das Fieber und der Puls. Während beim Exsudat oft wochenlang Fieber vorhanden ist, das jeden Morgen abfällt, jeden Abend wieder ansteigt, also völlig unregelmässige Kurven bildet, fehlt bei

der Haematocele retrouterina das Fieber entweder ganz oder tritt doch nur ganz unregelmässig und gewöhnlich nur in geringer Höhe auf; während ferner der Puls bei der Haematocele retrouterina ähnlich wie bei akuter Anämie Anfangs schnell ist, sich dann bald wieder verlangsamt, haben wir beim Exsudat einen Puls, der stets mit der Temperatur übereinstimmt, also regelmässig steigt und fällt.

Woher rührt nun die Blutung der Haematocele retrouterina? Jedenfalls — ich schliesse mich der von Schröder und Virchow aufgestellten Ansicht an, dass Haematocele retrouterina ausnahmslos durch eine Blutung in den bereits abgekapselten Douglas entsteht, eine Ansicht, die in Spiegelberg einen lebhaften Vertheidiger gefunden hat — jedenfalls aus einer Quelle, die unterhalb der Ueberbrückungsstelle des Cavum Douglasii durch die Pseudomembran gelegen ist. Das könnten nun sein die Tuben, die Ovarien, der seröse Ueberzug des Douglas'schen Raumes oder die Blutgefässe der ja stets stark vascularisirten Pseudomembran selbst (Schröder), oder der Uterus (Olshausen). Näher auf jede einzelne dieser möglichen Blutungsquellen einzugehen, ist einmal nicht thunlich, weil dies den Umfang, in dem diese Arbeit angelegt ist, zu sehr erweitern würde, dann aber hauptsächlich, weil alle diesbezüglichen Annahmen eben nur Annahmen, Hypothesen sind, die, da die wenigen Fälle von Haematocele retrouterina, die bisher zur Sektion gekommen sind, in Bezug auf die Quelle der Blutung kaum zu auch nur einigermassen sicheren Resultaten geführt haben, jeder Begründung entbehren. Nur soviel sei gesagt, dass von vielen Autoren die Tuben als Blutungsquellen angesehen werden, bei Tubargraviditaeten (Platzen des Eies), bei geplatzter Haematosalpinx. In den Ovarien sollen Haematome von so bedeutender Grösse vorkommen, dass diese durch Berstung zur Bildung einer Haematocele retrouterina Anlass geben können; ferner soll die in Rede stehende Affektion durch

Rückstauung von Menstrualblut durch die Tube, wie auch bei Haematometra, veranlasst werden können, eine Blutungsquelle, die übrigens durch einen bei Olshausen zur Sektion gekommenen Fall zur Evidenz erwiesen ist. Virchow war der erste, der in wirklich wissenschaftlicher Weise an der Hand von Sektionsbefunden erwies, dass der die Haematocele retrouterina verursachende Bluterguss fast stets aus dem Peritoneum selbst oder von den Pseudomembranen herrühre. Jedenfalls gewinnt diese Ansicht auch durch die von Monat zu Monat sich steigernde Kasuistik immer mehr an Wahrscheinlichkeit, da wie bei allen Haematocele-Kranken eine alte Peritonitis circumscripta mit Fug und Recht angenommen werden darf (cf. unten). Dass dann der hyperämische Zustand des Peritoneum speciell im Douglas'schen Raume bei erhöhten Kongestionen nach den Unterleibsorganen, wie sie durch die Menstruation, durch heftige Bewegungen und körperliche Anstrengungen gesetzt werden, ferner bei Traumen, die das Abdomen treffen, leicht zu Blutungen führen kann, lässt sich leicht erklären.

So führt Olshausen einen Fall an, der bei einer Frau beobachtet wurde, die während der Dauer der Menses einen schweren Fall rittlings auf eine Stuhllehne gethan, sofort die Regel cessirt und unter plötzlichem Auftreten heftiger Schmerzen und einer starken Anämie sich eine Haematocele retrouterina gebildet habe; einen zweiten Fall, wo die Haematocele während der Menses entstand, diese jedoch nicht cessirten, sondern profus anhielten.

Fritsch führt in seiner Abhandlung über Haematocele retrouterina in Volkmann's klinischen Vorträgen zwei Fälle auf, deren Aetiologie ganz typisch ist, und die für die letztgegebene Erklärung der Quelle und Ursache der Blutung völlig überzeugen. Eine Frau, die sich während der Menstruation körperlichen Anstrengungen unterzog, empfindet plötzlich heftige Schmerzen im Schosse, die nach den Hüften und den Beinen

ausstrahlen, sodass sie ohnmächtig wird; gleichzeitig wird sie völlig anämisch. Fritsch fand bei ihr eine Haematocele retrouterina. Im zweiten Falle trat die Haematocele unter gleichen Erscheinungen nach einer Misshandlung auf, — der Mann hatte seine Frau mit schwer beschlagenen Stiefeln in die Gegend zwischen Rectum und Vagina getreten.

Aron beschreibt in seiner Dissertation (Breslau 1877) zwei Fälle von Haematocele retrouterina, die in der Breslauer Klinik beobachtet wurden. Im ersteren empfindet eine Frau während der Menses beim Ersteigen einer hohen Treppe plötzlich Schmerzen, fällt in Ohnmacht und wird sofort mit einer frischen Haematocele retrouterina in die Klinik gebracht; im zweiten Falle bleiben — hier allerdings ohne nachweisbare äussere Ursache — die Menses weg, statt dessen finden sich die bekannten charakteristischen Schmerzen im Schosse und eine frische Haematocele retrouterina, ein Fall, der mit dem zuerst angeführten von Olshausen die grösste Aehnlichkeit hat, nur dass dort ein Trauma, hier der Eintritt der Menses selbst der Anlass zur Entstehung der Haematocele retrouterina gewesen zu sein scheint.

Puech führt zwei Fälle an, in denen die Haematocele retrouterina nach einem Coitus, der während der Dauer der Menstruation vollzogen wurde, auftrat; hier, muss also die durch die geschlechtliche Erregung noch erhöhte Fluxion nach den Unterleibsorganen das Bersten eines Gefässes im Peritoneum veranlasst haben; kurz, die sorgfältigsten Beobachter stimmen darin überein, dass die Menstruation, wenn auch nicht als Ursache, so doch als ein höchst förderndes Moment für die Entstehung der Haematocele retrouterina angesehen werden muss.

Erwägt man nun, dass alle soeben angeführten Fälle ebenso wie alle anderen von den gewissenhaftesten Beobachtern veröffentlichten bei Personen beobachtet worden sind, die schon mehrere Wochenbetten durchgemacht hatten, zweitens, dass

bei weitem die überwiegende Mehrzahl derselben der schwer arbeitenden Klasse angehören, die am zweiten, dritten Tage nach der Entbindung aus dem Bette aufstehen und ein geringes Unwohlsein, das das Wochenbett dann oft im Gefolge hat, nicht beachten, dass also bei allen die Annahme einer früher bestandenen, vielleicht zur Zeit der Erkrankung an der Haematocele retrouterina noch bestehenden circumscripten Peritonitis und damit einer Abkapselung des Douglas'schen Raumes durchaus begründet ist, so dürfte darin wohl ein schwerwiegendes Argument mehr für die Virchow-Schröder'sche Auffassung der Haematocele retrouterina als einer Blutung in den bereits abgekapselten Douglas hinein, gesehen werden können.

Von vielen Seiten wird nun zwar angeführt, dass dagegen die oft bei Haematocele retrouterina gefundene leichte Beweglichkeit des Uterus spreche, die eigentlich, wäre er schon durch alte Schwarten mit der Umgebung verklebt, auf ein Minimum reducirt sein müsste, doch stehen dem gegenüber andererseits so viele Befunde, bei denen dies wirklich der Fall war, dass diesem Argument zum mindesten keine Beweiskraft zuerkannt werden darf.

Gehen wir noch kurz auf die Diagnose der Haematocele retrouterina ein, die eigentlich aus dem vorher Gesagten sich schon ergibt, so stützt sich dieselbe einmal auf den Befund bei der Untersuchung, auf die subjektiven Beschwerden der Kranken, dann — und darauf ist, wie bemerkt, das höchste Gewicht zu legen, — auf die Anamnese. Der Leib ist gewöhnlich mässig meteoristisch aufgetrieben, die Perkussion ergibt nur selten und dann nur in den tiefsten Partien des Abdomens Dämpfung. Diese Partien sind dann gewöhnlich bei der Palpation stark schmerzhaft, so dass dieselbe schwer durchzuführen und oft von ganz negativem Resultate ist. — Der Uterus ist, wenn er, was oft der Fall, nach vorne gedrängt und elevirt ist, äusserlich gut durchzufühlen.

Die innere Untersuchung ergibt den Stand des Uterus in verschiedenen Fällen verschieden; oft elevirt und nach vorn dislozirt, manchmal auch in fast normaler Stellung, wo dann der Tumor mehr perirouterin als retrouterin gefühlt wird; mässige Haematome drängen wohl auch nur den Cervix nach vorne wenig oder gar nicht den Fundus uteri, so dass die Stellung des Uterus mehr oder weniger den Eindruck einer Retroflexio macht. Die hintere Lippe des Orificium uteri externum geht gewöhnlich unmittelbar in das hintere Scheidengewölbe über, das durch den dahinter liegenden Tumor gleichmässig vorgetrieben wird; der Tumor selbst ist je nach der Dauer seines Bestehens fluktuirend, prall elastisch oder hart und höckerig anzufühlen; häufig auch an verschiedenen Stellen von verschiedener Konsistenz; so fluktuirt er an einzelnen Stellen noch, während er an anderen bereits derb und hart ist.

Die subjectiven Beschwerden der Kranken bestehen fast immer aus der durch die plötzliche Blutung, die oft anaemische Zustände herbeiführt, verursachten grossen Schwäche, dann aber aus Schmerzen im Schosse, die spontan auftreten und in die Hüften, den Rücken, eines oder beide Beine ausstrahlen, Harn- und Stuhldrang, während dabei in den meisten Fällen das Uriniren und die Defäkation erschwert ist, — aus grossem Durst, oft aus mehr oder weniger profusen Menorrhagien — kurz aus Symptomen, wie sie im Grossen und Ganzen bei jedem Tumor im kleinen Becken zur Beobachtung gelangen können.

Die Anamnese ergibt gewöhnlich ein ganz plötzliches Einsetzen der heftigen charakteristischen Schmerzen, das oft urplötzlich und mit solcher Stärke stattfand, dass die Patienten ohnmächtig zusammenbrachen, wofür als Ursache übermässige körperliche Anstrengungen oder ein Trauma, häufig auch gar nichts angegeben werden kann; plötzliche acute Anaemie, kein oder nur geringes unregelmässig auftretendes Fieber.

Anamnestische Momente für eine früher bestandene oder noch bestehende Peritonitis existiren vielleicht in vielen Fällen gar nicht, jedoch wird und kann dieser Umstand die Anhänger der Schröder-Virchow'schen Anschauung nicht irritiren, da, wie oben bemerkt, das bei weitem grösste Contingent aller Fälle von Haematocele retrouterina von der arbeitenden Klasse gestellt wird, also von Leuten, die nicht auf sich achten und über die Krankheiten, die sie an sich beachtet haben, gewöhnlich nur die ungenauesten Angaben zu machen im Stande sind.

Das Verhalten der Menses während des Bestehens der Haematocele retrouterina ist ein durchaus verschiedenes; oft cessiren sie sofort bei Beginn der Erkrankung plötzlich, ohne wiederzukehren, wie in dem ersten von Olshausen citirten Falle und dem zweiten von Aron; oft laboriren die Kranken während der ganzen Affection an continuirlichen, bald stärkeren, bald schwächeren Blutungen (cf. die erste unten angeführte Krankengeschichte), bald ist die Regel etwas profuser wie gewöhnlich, hört jedoch zur gesetzmässigen Zeit auf, um dann, meist mehr oder weniger unregelmässig, wiederzukehren. Das ist der Symptomkomplex, der, natürlich mit einzelnen Modifikationen, wohl bei jeder Haematocele retrouterina beobachtet werden kann.

Welches ist nun das Schicksal der Geschwulst, welchen Verlauf nimmt sie und wie ist sie therapeutisch in Angriff zu nehmen?

Unstreitig sind Fälle zur Beobachtung gelangt, wo eine Haematocele retrouterina bei rein symptomatischer Behandlung sich allmählich verkleinerte und schliesslich ganz schwand, so dass, wenn ein solcher Fall zufällig später nach irgend einer andern Erkrankung zur Sektion kam (cf. Olshausen), von der früher bestandenen Haematocele nichts weiter gefunden wurde als Abkapselung des Douglas'schen Raumes und starke Pigmentirung der denselben überziehenden Serosa,

die ganze Blutmasse also absorbirt war; jedoch sind diese Fälle gegenüber den anderen, die den Arzt zu einem direkten Einschreiten dringend nöthigen, immerhin so selten, dass sie bei einer allgemeinen Betrachtung der Therapie der Haematocele kaum in Betracht gezogen werden können. In der Regel nämlich schwindet die Haematocele nur äusserst langsam unter den unangenehmsten Symptomen; die Schmerzen peinigen die Kranken Tag und Nacht; die — oft äusserst profusen — Blutungen schwächen sie und veranlassen die schlimmsten Stadien der Anaemie, und ist die Geschwulst langsam geschwunden, so bleiben lange, oft für immer, Residuen in Form von fühlbaren Härten und Strängen zurück, die ihrerseits wieder zu neuen Entzündungen und neuen Blutungen Anlass geben können (Fritsch). Dabei reagirt während des ganzen langsamen Heilungsprozesses der Körper der Patientin auf jede körperliche Anstrengung, geistige Aufregung, auf jede gerade in solchen Fällen reichlichere Menstruation mit neuen Blutungen, die die völlige Heilung wieder weit in die Ferne rücken. So gibt Fritsch an, dass gerade die nächsten Menses zu Recidiven leicht Anlass geben.

Aber auch nach einem anderen Modus kann die Haematocele retrouterina zur Heilung gelangen: auf dem der Perforation, die, falls der Haematocele-Inhalt vereitert und verjaucht ist, nach dem richtigen Orte hin sogar als günstiges Ereigniss aufgefasst werden muss. Am häufigsten und mit dem günstigsten Ausgang geschieht die Perforation in's Rectum, jedoch soll sie auch in die Scheide, ja sogar in die Blase beobachtet worden sein (Fritsch). Erguss der jauchigen Massen in's Abdomen, hat natürlich diffuse Peritonitis und letalen Exitus unvermeidlich zur Folge. Desshalb zwingt Vereiterung und Verjauchung des Haematoms aus irgend einem Grunde, sobald sie durch Erweichung der früher harten Geschwulst und Fiebererscheinungen sicher konstatirt

ist, zur sofortigen Operation der Geschwulst; wie Fritsch vorschlägt, zur Entleerung derselben mittelst des Troicarts, die umsomehr geboten ist, da die Resorption der jauchigen Massen ja leicht zu allgemeiner Sepsis führen kann.

Wesshalb wird überhaupt von allen Autoren, von Hippokrates herunter bis Olshausen und Fritsch von jedem operativen Eingriffe bei der Haematocele retrouterina strenge abgerathen und die rein symptomatische und exspectative Behandlung anempfohlen?

Einzig und allein desshalb, weil bei der bis jetzt ausschliesslich in Anwendung gebrachten Operationsmethode — der Entleerung der Geschwulst mittelst des Troicarts — die Einführung von Luft in dieselbe und damit die so gefürchtete Verjauchung ihres Inhalts unvermeidlich war. Die zweite leider ja auch oft genug eingetretene Konsequenz der Operation war dann die Resorption der jauchigen Massen und Septicaemie, ein Vorgang, der trotz allen Ausspülens des Geschwulst-Innern theils wegen zu beschränkter Anwendbarkeit jedes antiseptischen Verfahrens, theils wegen zu leichter Verklebung der durch den Troicart geschaffenen Oeffnung und der damit verbundenen Behinderung des Abflusses der Jauche oft nicht aufzuhalten war. Da nun unbestritten die Prognose der Haematocele retrouterina, falls sie nicht etwa, was immerhin selten ist, verjaucht, quoad vitam unbedingt günstig ist, so stand man wegen des damit verbundenen Risikos ganz von operativen Eingriffen ab und beschränkte sich auf abwartende Behandlung, Anwendung von Morphium in jeder Form, theils subcutan oder innerlich, theils als Suppositorium oder Vaginalkugel, auf das Anbefehlen von unbedingter Ruhe, restringirter Diät, Beschaffung eines regelmässigen und leichten Stuhles, Ordination von Eisenpräparaten. Wenn nun, wie ja schon bemerkt, auch bei dieser Therapie einzelne Fälle leicht und schnell durch Resorption heilten, so war es doch gewiss die Mehrzahl der

Fälle von Haematocele retrouterina, die die Patienten wochen-, ja monatelang an's Lager fesselten und ihren sonstigen Gesundheitszustand in der oben des Weiteren besprochenen Weise schädigten.

Unter solchen Umständen können wir es nur mit Freuden begrüssen, wenn Spiegelberg eine Operationsmethode zur Heilung der Haematocele retrouterina in Anwendung gebracht hat, die in den beiden Fällen, in denen sie bisher benützt wurde (cf. unten), vom besten Erfolge begleitet, im höchsten Masse alle Vortheile der Punktion mittelst des Troicart's besitzt, ohne ihre Nachtheile befürchten zu lassen. Spiegelberg legt nämlich, nachdem er sich durch Ausleerung des Darmes und der Blase der Kranken die möglichst günstigsten lokalen Bedingungen hergestellt, von der Vagina aus einen breiten Schnitt an die Wand der Haematocele, entleert dieselbe, indem er die Coagula mit dem Finger, resp. dem Katheter lockert, spült dann mit Karbollösung (2—5 %) aus und drainirt den geöffneten Sack, um so dem Abfluss des verjauchenden Inhalts freieste Bahn zu schaffen. Täglich mehrmals wiederholte Ausspülungen mit Karbollösung thun das Ihrige, um alles Schädliche aus dem Haematom-Sacke hinauszuschaffen und jede Sepsis zu verhüten; etwa zurückgebliebene Coagula werden auch spontan durch die weite Incision entfernt. Die subjektiven Beschwerden hören meist bald nach der Operation auf oder werden doch viel geringer und in 8—10 Tagen können die Kranken geheilt entlassen werden, wohl auch ohne ein Recidiv fürchten zu müssen, da ja die Wände der Haematocele, also die Wände des Cavum Douglasii im Verlaufe der Heilung fest miteinander verkleben und so ein neuer Bluterguss in dasselbe unmöglich wird.

Wenn ich schliesslich die Krankengeschichten der nach der erwähnten Methode operirten Haematocelen folgen lasse, so geschieht das, um an ihnen die Vorzüge der operativen Therapie vorzuführen.

I. Fall.*)

M. D., 34 Jahre alt, war früher stets gesund; die Menses traten im 16. Jahre auf und waren seitdem regelmässig, alle vier Wochen, schwach, ohne Schmerzen, von zweitägiger Dauer. Patientin ist seit vier Jahren verheirathet, hat fünfmal geboren, zuletzt vor 1½ Jahren; die Wochenbetten verliefen stets ohne alle Störung. Seit dem Winter bemerkte sie Schmerzen während der Regel im Leibe und Rücken.

Kurz nach Ostern bekam Patientin auf dem Wege zur Arbeit plötzlich heftige Schmerzen im Kreuz und im Unterleib, so dass sie sich nach Hause begeben und zu Bette legen musste. Seitdem Obstipation in hohem Grade und schmerzhafte Defaecation. Drei Wochen darauf wurde das Uriniren erschwert, so dass Patientin katheterisirt werden musste. Patientin liess sich desshalb in das Krankenhaus aufnehmen, woselbst sie nach einigen Tagen völliger Ruhe wieder spontan urinirte. Nach dreiwöchentlichem Aufenthalte im Spital ging Patientin wieder nach Hause und blieb dort acht Tage. In dieser Zeit trat wieder Unfähigkeit ein, das Wasser zu lassen, wenn Patientin bei eintretendem Drange nicht sofort selbst die Blase entleerte.

Seit dem Beginne der Erkrankung leidet Patientin an andauernden Blutungen; die Regel markirt sich gar nicht; die Schmerzen im Unterleib sollen immer mehr zugenommen und erst seit Kurzem wieder etwas nachgelassen haben. Gefiebert hat Pat. angeblich nie; nur 2 Tage vor der Aufnahme will sie abwechselnd Frost und Hitze gehabt haben.

Befund am 17. Juni 1879.

Uterus über der Symphyse durchzufühlen, nach rechts und oben verschoben; das hintere Labium orificii uteri

*) Die betreffenden Fälle wurdem im Jahre 1879 zu Breslau auf der gynäcologischen Abtheilung des Prof. Spiegelberg beobachtet.

externi geht unmittelbar in das prall gespannte hintere Scheidengewölbe über, das einen nach rechts und links sich ausdehnenden, nicht scharf konturirten Tumor präsentirt, der undeutlich fluktuirt und sehr druckempfindlich ist.

Temperatur bei der Aufnahme 38,2. Untersuchung des Urins ergibt mässigen Blasenkatarrh.

Abends 7 Uhr: Temperatur 37,8, Puls 76. Patientin wird untersucht und dann sofort zur Operation geschritten.

Breite Incision mit spitzem Bistouri von der hinteren Scheidenwand aus. Grösste Masse des Inhalts koagulirtes Blut; wenig Fluidum; das Blut riecht nicht und bildet ein zusammenhängendes, wesentlich an der vordern Wand hinter dem Uterus liegendes Gerinnsel.

Keine Spur eines Exsudats vorhanden; Wand überall gleich dick und gespannt; durch die vordere Seite fühlt man das Corpus uteri, hinten die Ligamenta rectouterina verlängert und verzogen. Der Entleerung muss Zertrümmerung der Coagula mit dem Katheter vorausgehen; nur allmählich sinkt der Sack unter der Ausspülung zusammen, schliesslich wird eine Drainage eingelegt; jedenfalls spricht die koagulirte Beschaffenheit des Inhalts, die Gleichmässigkeit und Dicke der Wand für eine innerliche Blutung.

Allgemeinbefinden gut; kein Fieber; durch den Drain fliesst viel dünnflüssiges Blut ab; täglich dreimal Ausspülungen durch denselben.

Morgens 8½ Uhr: Temperatur 38,3. Puls 112. Irrigationsflüssigkeit schmutzig und übelriechend; Uterus noch stark nach vorn und oben gedrängt; der Haematom-Sack verkleinert sich nur sehr allmählich.

Mittags 1	Uhr:	Temperatur	38,4	Puls	100.
Abends 6½	„	„	38,7	„	104.
Morgens:		„	38,3	„	104.
Mittags:		„	38,6	„	108.
Abends:		„	38,5	„	108.

Ausspülung mit ca. 10% Karbollösung. Kein Fieber Morgens (36,8), Irrigationsflüssigkeit etwas weniger jauchig; sonst status idem.

Abends 6 Uhr: 38,3.
Morgens: 36,9.
Mittags: 39,1.
Abends: 38,6.
Morgens: 37,5 Puls 84.
Mittags: 36,8.

Nachmittags werden aus dem Sacke mittels des Fingers und eines scharfen Löffels viele alte stinkende Coagula entfernt.

Abends 7 Uhr: 38,2. P. 96.

26. VI. Uterus nicht mehr so elevirt, der Sack verkleinert sich langsam. Temperatur Morgens und Abends normal, Mittags 38,3.

29. VI. Vorgestern und gestern Mittags geringe Fiebererregung; 38,5. Heute früh 36,3; Entfernung stinkender koagulirter Massen mit dem Finger.

30. VI. Andauernd fieberfrei; Irrigationsflüssigkeit nur noch wenig getrübt. Sack wesentlich verkleinert.

2. VII. Patientin wird geheilt entlassen. Abdomen überall ohne Schmerz eindrückbar; Uterus nicht durchzufühlen, wieder nach hinten getreten; Sack in Schrumpfung begriffen; Incisionsöffnung fast ganz verklebt.

II. Fall.

A. F. 38 Jahre alt, war früher stets gesund. Die erste Regel bekam sie im 18. Jahre, seitdem alle vier Wochen von achttägiger Dauer, stark, schmerzlos. Seit 16 Jahren ist sie verheirathet, hat achtmal geboren, zuletzt am 24. IX. 78; die Wochenbetten verliefen stets normal.

Nach dem letzten war die Periode regelmässig bis Ostern, cessirte dann bis acht Tage vor Pfingsten. Seitdem

— Pat. war damals mit schwerer Feldarbeit beschäftigt — blutet sie fortwährend, bald mehr, bald weniger. Zeitweise Schmerzen im Leibe und im Kreuze. Wasserlassen besonders in der letzten Zeit erschwert und schmerzhaft. Obstipation. Ob die Erscheinungen plötzlich eingetreten, ist bei der Stupidität der Kranken leider nicht zu eruiren.

Befund: Leib leicht meteoristisch aufgetrieben. Perkussion im Hypogastrium rechts gedämpft tympanitisch, links fast absolut gedämpft; hier ist die Palpation besonders schmerzhaft; Uterus rundlich hart; äusserlich fast drei Finger breit über der Symphyse gut durchzufühlen.

Innere Untersuchung: Uterus stark nach vorne gedrängt, elevirt, bimanuell gut abzugrenzen; die hintere Lippe geht in einen das hintere Scheidengewölbe sackartig vortreibenden, prall-elastischen Tumor über, der sich besonders nach links hinüberzieht.

Pat. wurde den 27. VI. 79 in die Anstalt aufgenommen; seitdem nur geringe Besserung in ihrem Befunde.

Nach mehrtägigem Purgiren wird heute mit dem Troicart ein Einstich in den Sack gemacht. Da anfangs durch die Kanüle nichts abfliesst, wird eine Sonde in dieselbe eingeführt, worauf sofort — Blutgerinnsel hatten die Oeffnung verlegt — einige Tropfen Blut austreten. Die Stichöffnung wird jetzt rechts und links mit dem Messer erweitert; es entleert sich eine reichliche Menge theerartigen, dünnflüssigen, zum Theil auch geronnenen, nicht übelriechenden Blutes.

Abends 6½ Uhr: 37,7. Puls 84. Durch den eingelegten Drain viel Blut abgeflossen. Irrigationsflüssigkeit stark blutig, nicht übelriechend.

Morgens 8 Uhr: 37,5. P. 88. Höhle irrigirt und mit dem Finger viele koagulirte Massen entfernt.

Abends 6½ Uhr: 37,9. P. 96. Nachmittags hat Pat. angeblich mehrmals gefröstelt; Ausspülung durch den Drain.

Morgens 8 Uhr: 37,4. P. 84. Irrigation. 1 Tasse St. Germain-Thee.

Abends 6½ Uhr: 37,5. P. 88. Irrigation; sal amar.

4. VII. Morgens 8 Uhr: 37,6. P. 96. Des Nachts war Stuhl erfolgt.

Abends 6½ Uhr; 37,3. P. 84.

5. VII. Morgens 8 Uhr: 37,2. P. 84.

Täglich Irrigationen; heute früh wurde wieder mit dem Finger in die Höhle eingegangen. Der Sack fällt nur sehr allmählich zusammen. Der Boden und die seitlichen Wandungen desselben sind mit verfilzten, festhaftenden Coagulis wie austapezirt. Irrigation übelriechend.

Abends 6½ Uhr: 38,4. P. 88. Durch den Drain fliesst schmutzigbraune, übelriechende Flüssigkeit ab.

6. VII. Morgens 8 Uhr: 37,8. P. 84. Irrigation.

Abends 6½ Uhr: 39,3. P. 120.

Nachmittags spürte Pat. während des Wasserlassens Drängen nach unten: „als wenn sie zu Stuhl gehen müsste." Bald entleerte sich im Schuss eine Menge stinkender Coagula mit viel blutiger Jauche; der Drain ging dabei mit heraus.

Befund: Der Uterus, bisher immer sehr elevirt, unter dem Niveau der Symphyse. Sack wesentlich verkleinert; Ausspülung der Höhle. Drain wird fortgelassen; 1 Tasse St. Germain-Thee verabreicht.

7. VII. Morgens 8 Uhr: 38,4. P. 96. Ausspülung; in der Nacht beim Uriniren wieder viele Coagula entleert.

Die Höhle ist von oben nach unten merklich verkleinert; oben und rechts noch immer mit verfilzten Coagulis ausgekleidet. Uterus mehr nach hinten und unten gerückt.

Abends 6½ Uhr: 38,2. P. 96.

8. VII. Morgens 8 Uhr: 37,4. P. 84.

Abends 6½ Uhr: 39,6. P. 100.

9. VII Morgens 8 Uhr: In der Nacht wieder spontane Ausstossung schwarzer, schmieriger Blutcoagula. 37,3. P. 84.

11. VII. Andauernd fieberfrei. Irrigationsflüssigkeit wird immer heller.

12. VII. Uterus normal gelagert; Sack ganz zusammengefallen. Schnittöffnung in Verklebung begriffen; der Finger dringt $^1/_2$cm tief durch dieselbe hinein. Keine Irrigationen mehr.

16. VII. Pat. wird heute geheilt entlassen. Der Uterus ist von aussen nicht durchzufühlen und normal gelagert. Der Haematocelen-Sack ist in Schrumpfung begriffen. Schnittöffnung verklebt.

Ich will nur darauf hinweisen, dass jeder der beiden angeführten Fälle als ein Typus der Haematocele retrouterina angesehen werden kann, sowohl was Aetiologie, als die Symptome der Krankheit anlangt. Beide Frauen aus dem Arbeiterstande; beide verheirathet und mehrmals entbunden; bei beiden profuse anhaltende Blutungen; bei beiden eine Blutgeschwulst ohne eine Spur von eitrigem Exsudat. Ebenso parallel, wie die Erkrankung selbst, geht in beiden Fällen die Heilung von statten. Die Haematocele wird durch die breite Incision entleert, ausgespült und drainirt, um dem eventuell verjauchenden Reste des Inhalts freien Abfluss zu schaffen; diese Verjauchung blieb denn auch, wie es bei dem unvermeidlichen Luftzutritt einerseits während der Operation, dann durch Aspiration durch die Scheide unvermeidlich ist, nicht aus, blieb jedoch hier — ganz anders wie bei der früher angewendeten Punktion mit dem Troicart — völlig wirkungslos —, bis auf das geringe, wenige Tage anhaltende Resorptionsfieber —, da eben das Geschwulst-Innere fast frei lag und zu jeder Zeit in umfassendster Weise gesäubert und desinfizirt werden konnte. Der Sack schrumpfte allmählich, die Schnittöffnung verklebte und die Haematocele, die bei exspectativer Behandlung das Allgemeinbefinden der Kranken wochen-, ja monatelang schädigen kann, war in 8—10 Tagen geheilt, ohne nur die mindesten Residuen zu hinterlassen.

Literatur.

Klin. Vortr. v. Volkmann: „Die retrouterine Haematocele v. Fritsch."
Handb. d. spec. Path. u. Therap. v. Ziemssen: „Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane v. Schroeder."